



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA FACULTAD DE FISIOTERAPIA FUERA DEL HORARIO HABITUAL

DATOS DEL SOLICITANTE	
Nombre y apellidos:	
DNI:	
Teléfono de contacto:	
Correo electrónico:	
DATOS DEL LUGAR DE ACCESO	
Fecha:	
Espacio:	
Horario:	
AUTORIZACIÓN DE LA DECANA O RESPONSABLE DEL CENTRO	

de 20

Fdo. Dña. Luz González Doniz Decana de la Facultad de Fisioterapia

A Coruña,

de